

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



**Estudo dos padrões da *compliance* numa população de
60 pacientes tratados na FMDUL**

Ana Catarina Silvério Serra

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2015

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



**Estudo dos padrões da *compliance* numa população de
60 pacientes tratados na FMDUL**

Ana Catarina Silvério Serra

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Paulo Mascarenhas

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2015

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
1. Introdução	1
1.1 Condicionantes e razões para a falta de <i>compliance</i>	3
1.2 Métodos para melhorar a <i>compliance</i>	6
2. Materiais e Métodos.....	8
2.1 Objetivo	8
2.2 Pesquisa bibliográfica	9
2.3 Caracterização da amostra	9
2.4 Análise estatística.....	10
3. Resultados.....	11
3.1 Comparação do género entre os pacientes	11
3.2 Comparação da idade entre os pacientes	12
3.3 Comparação dos hábitos tabágicos entre os pacientes.....	12
3.4 Comparação da empregabilidade entre os pacientes	13
3.5 Comparação da saúde geral entre os pacientes	14
3.6 Comparação da severidade da doença entre os pacientes	14
3.7 Comparação do motivo da consulta entre os pacientes	15
3.8 Resposta às hipóteses.....	16
4. Discussão.....	18
5. Conclusões	22
6. Referências Bibliográficas.....	23
7. Anexos	26
7.1 Anexo 1 – Informações adicionais.....	26
7.2 Anexo 2 – Entrevista Motivacional	27
7.3 Abreviaturas	30

Agradecimentos

Este trabalho não teria sido possível sem a colaboração de vários intervenientes, aos quais não é demais agradecer:

- Ao Professor Doutor Paulo Mascarenhas pela sugestão do tema, por toda a disposição e ajuda prestada, e pela simpatia com que sempre me recebeu;
- Ao Professor Doutor Henrique Luís pela boa disposição, e por todo o trabalho de ajuda e ensinamentos no tratamento e análise estatística;
- Às funcionárias do arquivo clínico pela ajuda e boa disposição nas intermináveis horas de pesquisa de processos clínicos;
- À Ana Isabel Rodrigues, amiga, companheira de clínica, casa e de tese, que tanta ajuda me prestou tanto nas horas de alegria como de tristeza. Também ao Gonçalo Godinho, igualmente companheiro desde os primeiros dias de faculdade e que sempre me trouxe uma palavra amiga, se mostrou um exemplo a seguir e sempre me ajudou a usar a razão;
- Às amigas e colegas Joana Matos, Rita Pinguinhas, Neuza Marcelino e Marta Barreiros, sempre disponíveis a ajudar, consolar e fazer rir, e que tornaram os meus dias dentro e fora da FMDUL muito mais enriquecedores e divertidos;
- Às amigas de sempre Catarina Lima, Carolina Luzia e restantes amigos da Ericeira, sem eles teria sido muito difícil chegar até aqui com sucesso;
- Por último, mas talvez o mais importante, aos pais e irmã por serem exemplos a seguir, por me ensinarem e proporcionarem uma vida maravilhosa e rica em experiências, e pelo apoio e confiança no meu trabalho e dedicação.

Resumo

Palavras-chave: *compliance*, preditores, características, doença periodontal, tratamento/terapia de suporte periodontal, *outcome*.

Introdução: A *compliance* em Periodontologia refere-se à extensão da cooperação do paciente com as medidas de higiene oral e as visitas ao consultório definidas. Em geral, os pacientes cooperam pouco com os profissionais de saúde e as razões para esta falta de *compliance* são várias, variando de paciente para paciente e, no mesmo paciente, dependem de diferentes situações.

Objetivo: Verificar a existência de padrões no que concerne à *compliance*, em pacientes que realizaram terapia periodontal não cirúrgica.

Materiais e métodos: Foram analisados dados de 60 pacientes tratados na Clínica de Periodontologia I e II da FMDUL, divididos em dois grupos de 30. No grupo experimental, os pacientes, após finalizarem a fase higiénica do tratamento periodontal, faltaram à consulta de reavaliação. Os outros 30 do grupo de controlo compareceram a pelo menos duas consultas de reavaliação e foram seguidos no mínimo durante um ano. Com estes dados foram comparadas as características em estudo (género, idade, hábitos tabágicos, empregabilidade, presença de Diabetes Mellitus, severidade da doença periodontal e motivo da primeira consulta de Periodontologia) entre os grupos de controlo e experimental.

Resultados: Não se verificou relação estatisticamente significativa entre nenhuma das características analisadas com a *compliance* após a fase higiénica do tratamento periodontal ($p>0,05$).

Conclusão: Género, idade, hábitos tabágicos, empregabilidade, Diabetes Mellitus, severidade da doença periodontal e motivo da consulta não demonstraram relação estatisticamente significativa com a *compliance* em Periodontologia. De futuro são necessários mais estudos aleatorizados controlados com amostras suficientemente grandes para se poder identificar pacientes de risco e adequar a prática clínica no sentido de melhorar a *compliance*.

Abstract

Keywords: compliance, predictors, characteristics, periodontal disease, periodontal treatment/therapy, outcome.

Introduction: *Compliance* in Periodontology refers to the extent to which a person's behaviour coincides with oral hygiene measures and established medical appointments. Usually, patients comply little with health professionals and the reasons for this lack of *compliance* are many, differing from patient to patient and within the same person, depending on different situations.

Objectives: To verify the existence of patterns concerning *compliance*, in patients who undertook non-surgical periodontal therapy.

Materials and methods: Data on 60 patients treated in periodontology clinic I and II from FMDUL, allocated into two groups of 30, were analysed. In the experimental group, after finishing the hygienic phase of periodontal treatment, patients failed to attend revaluation appointments. The other 30 from the control group were present in at least two revaluation appointments and were tracked for a minimum of one year. With this data, characteristics in study (gender, age, smoking habits, employment status, presence of Diabetes Mellitus, periodontal disease severity and the reason for the first periodontology appointment) were compared between the experimental and control groups.

Results: No statistical significant relation was observed for none of the analysed characteristics with *compliance* after hygienic phase of periodontal therapy ($p>0,05$).

Conclusion: Gender, age, smoking habits, employment status, presence of Diabetes Mellitus, periodontal disease severity and the reason for the first periodontology appointment did not show statistical significant relation with *compliance* in periodontology. Hereafter more randomized controlled studies are necessary, involving sufficiently large study populations, in order to be possible to identify risk patients and adequate clinical practice to increase *compliance*.

1. Introdução

É hoje aceite que a doença periodontal é causada por fenómenos inflamatórios nos tecidos periodontais após a acumulação de placa bacteriana. O dano provocado pela resposta do hospedeiro varia consoante os níveis de placa bacteriana e, consequentemente, a higiene oral do doente, a sua idade e fatores sistémicos que aumentam a suscetibilidade à doença, como o tabaco ou a Diabetes Mellitus (Renz A. *et al*, 2008). Na periodontite a inflamação nos tecidos de suporte do dente leva a uma progressiva perda de inserção e reabsorção óssea e é caracterizada pela formação de bolsas e recessões gengivais (Oruba Z. *et al*, 2014).

Assim sendo, o tratamento da doença periodontal envolve essencialmente três componentes: 1) a abordagem pelo paciente através da remoção de depósitos bacterianos de forma diária no domicílio; 2) a abordagem local pelo clínico através da remoção profissional dos depósitos bacterianos, em ambiente de consultório; e 3) uma abordagem sistémica, tanto a cargo do paciente (por exemplo: cessação tabágica) como do clínico (por exemplo: controlo da Diabetes Mellitus), tal como todos os tratamentos reabilitadores necessários, de forma a possibilitar a correta higiene oral por parte do doente (Wilson T.G., 1998, Renz A. *et al*, 2008). É por esta razão que é fulcral a cooperação e participação do mesmo no seu tratamento.

A doença periodontal não tem uma evolução linear, sendo que existem períodos de exacerbação e remissão (Lindhe J. *et al*, 2008). Para alcançar o objetivo da terapia periodontal – estabelecer um ambiente oral compatível com saúde – é necessária a contínua avaliação e deteção de novos e recorrentes locais de doença. Este processo decorre em intervalos determinados, durante o tempo de vida da dentição após a fase inicial do tratamento periodontal (Tan A.E.S., 2009). Assim sendo, após a fase inicial/higiénica – fase em que o tratamento ativo de destarização, raspagem e alisamento radicular das superfícies afetadas é realizado – é importante que o paciente seja reavaliado, geralmente cerca de 3 meses depois (Lindhe J. *et al*, 2008). Se estiver a seguir corretamente as medidas de higiene oral recomendadas e a doença tiver estabilizado ou melhorado, entra na chamada Terapia de Suporte Periodontal (TSP). Nesta fase, o paciente é reavaliado em consultas de manutenção de curtos intervalos de tempo, normalmente entre 3 a 6 meses, e os locais com necessidade são reinstrumentados (Wilson T.G., 1998, Tan A.E.S., 2009). Se, por outro lado, não estiver

a realizar uma correta higiene oral, volta à fase inicial/higiénica do tratamento. Existe ainda uma terceira hipótese onde o paciente realmente está a cumprir com a sua parte, mas a doença não estabilizou: neste caso o paciente pode estar indicado para terapia periodontal cirúrgica. A cirurgia periodontal, através da remoção de depósitos aderidos às superfícies dentárias, permite reduzir profundidades de sondagem e, como tal, acesso mais facilitado ao fundo das bolsas ou sulcos periodontais que são higienizados de forma mais eficaz. Assume-se que para os pacientes que já realizam a sua higiene oral da forma correta, esta intervenção permite um melhor controlo da doença (Wilson T.G., 1998, Tan A.E.S., 2009).

Importa definir o termo *compliance*: o quão coincide o comportamento de uma pessoa com os conselhos relativos à saúde dados por um médico ou profissional da área (Wilson T.G., 1996). Em geral, os pacientes cooperam pouco com os profissionais de saúde (Wilson T.G., 1998). A literatura mais antiga diz-nos que isto se torna especialmente evidente se existir uma doença crónica e se não for entendida como uma ameaça real. Se por um lado se podem considerar consequências positivas decorrentes da *compliance*, como evitar dor dentária, por outro elas carecem de força e efetividade. Da mesma forma, a “não *compliance*” gera consequências negativas fracas e que só são expressas e apercebidas pelo doente algum tempo depois (Weinstein R. *et al*, 1996). Além disso, quanto maior o tempo e a mudança de hábitos necessários, mais difícil é para o doente seguir as indicações dadas (Wilson T.G., 1996 e 1998, Renz A. *et al*, 2008).

A *compliance* em Periodontologia refere-se à extensão da cooperação do paciente com as medidas de escovagem dentária, uso de métodos interproximais de remoção de placa bacteriana e as visitas ao consultório definidas (Oruba Z. *et al*, 2014). Esta pode ser medida de duas formas: através da presença ou ausência dos pacientes nas consultas de reavaliação e manutenção; e, para além disso, pode ser analisada a eficiência e eficácia das medidas de higiene oral realizadas no domicílio pelo paciente. A eficiência é medida através do Índice Percentual de Placa (IPP), a eficácia através do Índice Percentual de Hemorragia (IPH), aumento da profundidade de sondagem ou perda de inserção (Anexo 1) (Wilson T.G., 1996 e 1998).

Um possível indicador da eficácia futura de remoção de placa bacteriana pode ser o nível de higiene oral no início do tratamento. Em dois estudos, Borkowska E.D. *et al*, 1998 e Wilson T.G., 1998, os pacientes com IPP e IPH mais baixos, inferiores a

50%, mostraram melhores avanços relativamente à situação inicial quando comparados com valores superiores a 50%.

1.1 Condicionantes e razões para a falta de *compliance*

As razões para a falta de *compliance* são várias, variam de paciente para paciente e, no mesmo paciente, dependendo de diferentes situações (Wilson T.G., 1998). Como foi referido, a *compliance* diminui com o aumento de tempo de tratamento e de mudanças nos hábitos necessárias, o que se verifica no decorrer do tratamento da doença periodontal. A percentagem de abandono da TSP varia de estudo para estudo e conforme o tempo de *follow-up* avaliado, situando-se entre os 25% e os 70% durante os primeiros um a cinco anos (Novaes A.B. Jr *et al*, 1999, Fardal O. *et al*, 2003).

Os pacientes que abandonam o programa de TSP fazem-no maioritariamente ao fim do primeiro ano. Os pacientes procuram os profissionais de saúde oral para tratamento ativo porque apresentam sintomas da doença, mas é importante transmitir-lhes a importância da TSP para a saúde periodontal (Novaes A.B. Jr *et al*, 1996, Novaes A.B. *et al*, 1996, Delatola C. *et al*, 2014).

A idade e o género são fatores importantes na determinação da *compliance* em Periodontologia. Alguma da bibliografia refere que não existe diferença estatisticamente significativa para a idade na *compliance* (Fardal O. *et al*, 2003, Delatola C. *et al*, 2014). Todavia, existem outros autores que contradizem este facto e afirmam que os jovens têm maior tendência a não comparecer para consultas de *follow-up* em tratamento periodontal de longo prazo, comparativamente com pacientes mais velhos (Novaes A.B. *et al*, 1996, Novaes A.B. Jr *et al*, 1999, Kakudate N. *et al*, 2010).

De igual forma, a evidência ainda não provou existir diferença estatisticamente significativa entre géneros no que toca à *compliance* (Novaes A.B. Jr *et al* em 1996 e 1999, Fardal O. *et al*, 2003, Kakudate N. *et al*, 2010 e Delatola C. *et al*, 2014) embora alguns estudos sugiram que as mulheres são melhores *compliers* (Novaes A.B. *et al*, 1996, Soolari A. *et al*, 2003, e Lorentz T. *et al*, 2009).

O motivo da consulta de um paciente que entra numa terapia periodontal tem sido discutido como relevante para a *compliance* a longo prazo. Recentemente foi demonstrado que uma queixa principal aguda funciona como fator de prognóstico positivo de aceitação da terapia periodontal não-cirúrgica, por parte do paciente. Todavia, esta característica corresponde igualmente a um preditor negativo em termos

de *compliance* a longo prazo. Uma queixa periodontal aguda proporciona maior motivação para iniciar o tratamento periodontal, mas esta motivação não é duradora e estes pacientes apresentam menor probabilidade de completar a terapia periodontal (Yeh H.C. *et al*, 2011). Por outro lado, no estudo de Delatola C. *et al*, 2014, uma queixa principal aguda não mostrou afetar nem a iniciação nem a manutenção num programa de tratamento periodontal.

O facto de o paciente ter sido reencaminhado para um periodontologista, por parte de um profissional de saúde oral, muitas vezes significa que vai voltar ao seu médico dentista generalista para tratamentos de rotina e acaba por desistir das consultas de TSP. Yeh H.C. *et al*, 2011 também verificaram no seu estudo que a experiência clínica do periodontologista era um fator preditivo positivo de *compliance* para o tratamento periodontal.

Relativamente ao tipo de tratamento recebido pelo paciente, a evidência não é consensual. Novaes A.B. Jr *et al*, 1996, Novaes A.B. *et al*, 1996 e Soolari A *et al*, 2003 avaliaram a *compliance* em pacientes sujeitos a terapia periodontal não cirúrgica e cirúrgica e ambos obtiveram melhores resultados no grupo submetido a terapia cirúrgica. Já Novaes A.B. Jr *et al*, 1999 não encontraram diferença estatisticamente significativa entre ambos.

Novaes A.B. Jr *et al*, 1996 e Delatola C. *et al*, 2014 observaram nos seus estudos que os pacientes com doença periodontal mais avançada voltavam mais para consultas de manutenção do que os que apresentavam doença em estádios iniciais. Uma explicação possível é o medo da perda de peças dentárias, uma vez que é uma consequência real do abandono da terapia em pacientes com doença mais avançada. Soolari A. *et al*, 2003 concluíram até que o desempenho em termos de *compliance* piorava quando a severidade da doença diminuía. Contudo, Fardal O. *et al*, 2003 obtiveram resultados opostos aos anteriores: o grupo de *compliers* foi diagnosticado com periodontite menos severa do que o grupo de não *compliers*.

A influência dos hábitos tabágicos foi de igual forma estudada e conclui-se que é um preditor negativo do tempo de manutenção de um paciente em TSP (Delatola C. *et al*, 2014).

Questões culturais e geográficas também foram apontadas como condicionantes no nível de *compliance* para o tratamento periodontal. Essencialmente, não devem ser generalizados os resultados obtidos e devem ser prudentes as comparações realizadas, uma vez que diferentes povos têm diferentes condições socioeconómicas, diferentes

atitudes perante a saúde oral e os próprios médicos dentistas têm diferentes filosofias de tratamento (Fardal O. *et al*, 2003).

No que toca à atitude perante a saúde, foi comprovado que a falta de *compliance* tem uma vertente intencional, isto é, o paciente pode escolher deliberadamente não seguir as recomendações dadas (Ojima M. *et al*, 2005, Umaki T.M. *et al*, 2012). Problemas emocionais, depressão ou *stress* também são apontados como possíveis responsáveis (Wilson T.G., 1996 e 1998, Stenman J. *et al*, 2012, Umaki T.M. *et al*, 2012). Algumas características pessoais pouco favoráveis, como fatores psicológicos ou traços de personalidade com tendência neuróticas, podem desempenhar um papel importante na falta de adesão a determinados tipos de tratamentos de saúde oral (Costa F. *et al*, 2011).

A falta de motivação constitui em si uma razão para a falta de *compliance*. Existem três componentes que influenciam a manutenção do paciente na terapia: 1) a atitude do paciente em relação ao tratamento e às práticas de higiene oral, 2) experiências passadas relativas à evolução de um tratamento e à saúde, e 3) a influência de condições externas (Pac A. *et al*, 2013). Se os pacientes não têm fontes de incentivo, próprias ou externas, então a *compliance* diminui com o tempo, primeiro gradualmente e depois de forma mais rápida (Oruba Z. *et al*, 2014). Este padrão de evolução negativa ocorre com mais frequência em pessoas com fraca vida social (Weinstein R. *et al*, 1996) e pouca estabilidade nas relações interpessoais (Umaki T.M. *et al*, 2012).

Embora a falta de informação possa parecer uma razão descabida nos dias que correm, por vezes ela ainda é responsável pela falta de *compliance*. Os investigadores também verificaram que um nível socioeconómico e de educação elevados traduz-se em atitudes mais positivas em relação à saúde e maior frequência de consultas médico-dentárias (Fardal O. *et al*, 2003, Yeh H.C. *et al*, 2011). Contudo, mesmo que lhes sejam dadas informações sobre a necessidade de mudança de hábitos de higiene oral, não existe garantia de que os pacientes vão aderir às recomendações (Oruba Z. *et al*, 2014).

A relação com o profissional de saúde oral também foi referida como influente. Se esta for má, nomeadamente quando o paciente vê uma atitude de indiferença por parte do médico dentista ou higienista, pode levá-lo a desistir de um programa de tratamento periodontal (Wilson T.G., 1998, Soolari A. *et al*, 2003, Godard A. *et al*, 2011).

Outras razões são ainda apontadas: falta de tempo (Umaki T.M. *et al*, 2012), problemas económicos (Fardal O. *et al*, 2003, Soolari A. *et al*, 2003, Costa F. *et al*,

2011, Umaki T.M. *et al*, 2012) e medo associado à presença em situação de contexto médico-dentário (Wilson T.G., 1998, Soolari A. *et al*, 2003, Yeh H.C. *et al*, 2011).

1.2 Métodos para melhorar a *compliance*

Em geral, os pacientes mostram-se mais cooperantes quando estão devidamente informados e positivamente incentivados, assim como quando as barreiras ao acesso ao tratamento periodontal são diminuídas ou eliminadas (Wilson T.G., 1996 e 1998). Assim sendo, algumas medidas concretas podem ser enumeradas:

- Simplificar as instruções dadas e planos de tratamento concebidos (Wilson T.G., 1996 e 1998);
- Comunicação entre profissionais de saúde e doentes: não só através do desenvolvimento de uma boa relação entre ambos, como também relembrando os pacientes das consultas de manutenção através da própria clínica/consultório (Wilson T.G., 1996 e 1998);
- Dar informação ao paciente sobre a doença, a sua etiologia, fatores de risco, desenvolvimento e importância da sua ação no controlo da mesma; tanto escrita como verbalmente (Wilson T.G., 1996 e 1998, Ojima M. *et al*, 2005);
- Atuar ao nível da motivação: como a fase de manutenção da doença não é motivante por si, o médico dentista tem de trabalhar para manter o paciente motivado (Weinstein R. *et al*, 1996). Tradicionalmente, a educação do paciente tem passado por dar informação e conselhos normativos. Embora o paciente fique efetivamente mais informado, isso não se traduz em diferenças substanciais nos comportamentos relativos à higiene oral (Brand V.S. *et al*, 2012, Gao X. *et al*, 2014). É importante desenvolver estratégias centradas no paciente, baseadas em fatores e metas individuais. Como exemplo disso, recentemente tem sido proposta a Entrevista Motivacional (EM), que é um método de aconselhamento centrado no paciente, em que o profissional de saúde orienta as razões e argumentos individuais para a mudança de hábitos (Anexo 2) (Brand V.S. *et al*, 2012, Gao X. *et al*, 2014). Esta é também uma oportunidade para fomentar a comunicação entre paciente e médico e ganhar confiança nesta relação (Godard A. *et al*, 2011). Para além disto, é também vantajoso criar planos de ação reais e concretos, com descrições de como, quando e onde o paciente vai realizar determinada técnica de higiene oral, por exemplo; e criar soluções para quando existem obstáculos à sua realização (Oruba Z. *et al*, 2014). Se não forem tidas em consideração as expectativas

do doente em relação ao tratamento, então a *compliance* e o resultado podem ser negativamente afetados (Jonsson B. *et al*, 2006). Outra forma de melhorar a higiene oral do doente pode passar pela autoinspeção da cavidade oral e fazer uso do agente revelador de placa bacteriana eritosina (Wilson T.G., 1996 e 1998);

- Finalmente, é importante reforçar positivamente o esforço do doente (Weinstein R. *et al*, 1996, Wilson T.G., 1996 e 1998, Fardal O. *et al*, 2003).

2. Materiais e Métodos

2.1 Objetivo

O objetivo deste trabalho é verificar a existência de padrões no que concerne à *compliance*, em pacientes que realizaram terapia periodontal não cirúrgica na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL). Vão verificar-se então que características indiciam que um paciente vai ser *não complier*, segundo as seguintes hipóteses:

H₁₀: O género do paciente não influencia a *compliance* na TSP.

H₁₁: O género do paciente influencia a *compliance* na TSP.

H₂₀: A idade do paciente não influencia a *compliance* na TSP.

H₂₁: A idade do paciente influencia a *compliance* na TSP.

H₃₀: Os hábitos tabágicos do paciente não influenciam a *compliance* na TSP.

H₃₁: Os hábitos tabágicos do paciente influenciam a *compliance* na TSP.

H₄₀: A empregabilidade do paciente não influencia a *compliance* na TSP.

H₄₁: A empregabilidade do paciente influencia a *compliance* na TSP.

H₅₀: A presença de Diabetes Mellitus não influencia a *compliance* na TSP.

H₅₁: A presença de Diabetes Mellitus influencia a *compliance* na TSP.

H₆₀: A severidade da doença periodontal do paciente não influencia a *compliance* na TSP.

H₆₁: A severidade da doença periodontal do paciente influencia a *compliance* na TSP.

H₇₀: O motivo da primeira consulta não influencia a *compliance* na TSP.

H₇₁: O motivo da primeira consulta influencia a *compliance* na TSP.

2.2 Pesquisa bibliográfica

Para a pesquisa bibliográfica recorreu-se à base de dados primária MEDLINE, utilizando o motor de busca PubMed. Realizaram-se várias pesquisas com as palavras-chave “compliance”, “predictors”, “characteristics”, “periodontal disease”, “periodontal treatment”, “periodontal therapy”, “outcome”, e diversos conectores booleanos em diferentes combinações. Foram aplicados filtros para artigos com maior evidência científica como Controlled Clinical Trial, Guideline, Meta-analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Review, em humanos, e nas línguas portuguesa e inglesa. Não foram aplicados filtros temporais.

A pesquisa dos dados dos pacientes para o estudo foi realizada no arquivo de processos clínicos da FMDUL, após autorização escrita por carta do Concelho de Ética desta instituição, através da verificação das histórias clínicas realizadas nas unidades curriculares Clínica de Periodontologia I e II, sem limite temporal.

2.3 Caracterização da amostra

Para avaliar os padrões da *compliance* foram avaliadas características de uma amostra de 60 pacientes, divididos em dois grupos. O grupo experimental foi composto por 30 pacientes que, após finalizarem a fase higiénica do tratamento periodontal, faltaram à consulta de reavaliação e seguintes. Neste caso, considera-se “falta” a ausência do paciente na consulta após esta ter sido agendada e o paciente ter sido avisado da mesma na semana anterior. O grupo de controlo foi composto por 30 pacientes que após finalizarem a fase higiénica do tratamento periodontal, compareceram a pelo menos duas consultas de reavaliação e foram seguidos pelo menos durante um ano de tratamento.

Os critérios de inclusão no estudo foram: a presença de periodontite crónica, pacientes submetidos a tratamento periodontal não cirúrgico (ensinos da etiologia, progressão e tratamento da doença periodontal, instruções de Higiene Oral, destartarização supra e subgengival, raspagem e alisamento radicular) na clínica pré-graduada de Periodontologia I e II na FMDUL, e presença de história clínica devidamente preenchida e validada.

Foram recolhidos para ambos os grupos os dados referentes às seguintes características: género, idade, hábitos tabágicos, empregabilidade, presença de Diabetes

Mellitus, severidade da doença periodontal e motivo da primeira consulta de Periodontologia.

2.4 Análise estatística

Os dados foram analisados estatisticamente utilizando o programa SPSS Statistics versão 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Foi aplicado o teste Q-quadrado aos dados recolhidos das histórias clínicas para comparação das características em estudo (género, idade, hábitos tabágicos, empregabilidade, presença de Diabetes Mellitus, severidade da doença periodontal e motivo da primeira consulta de Periodontologia) entre os grupos de controlo e experimental. Foi verificada significância estatística nos resultados quando $p < 0,05$.

3. Resultados

A amostra total do estudo foi de 60 pacientes, dos quais 30 integraram o grupo experimental e os restantes 30 o grupo de controlo. Dos 60 participantes, 50% (30) são homens e 50% (30) são mulheres. A média total de idades situa-se nos 58,3 anos.

3.1 Comparação do género entre os pacientes

O grupo controlo, correspondente aos pacientes que foram seguidos pelo menos durante um ano na fase de TSP, era constituído por 16 (26,67% da amostra total) indivíduos do género feminino e 14 (23,33%) masculinos. No grupo experimental existiam 14 (23,33%) mulheres e 16 (26,67%) homens (Gráfico 1). A comparação do género entre os grupos não se revelou estatisticamente significativa ($p>0,05$).

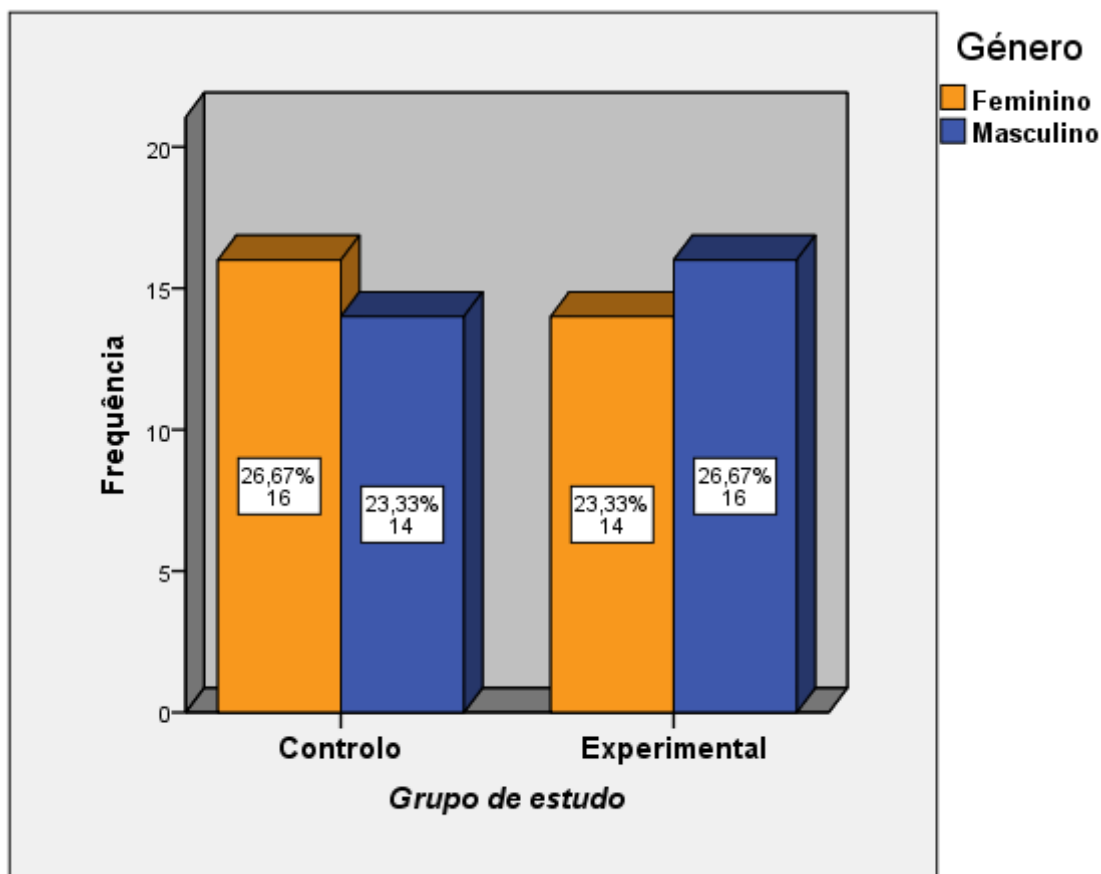


Gráfico 1 – Comparação do género entre os pacientes: grupo de controlo vs. grupo experimental.

3.2 Comparação da idade entre os pacientes

A idade dos participantes está compreendida entre os 42 e os 80 anos, inclusive. De forma a facilitar o tratamento estatístico dos dados, foram criados dois intervalos etários: 40-60 anos e 61-80 anos. No grupo controlo existiam 16 (26,67% da amostra total) indivíduos com idade compreendida entre 40 e 60 anos e 14 (23,33%) com 61-80 anos. No grupo experimental existiam 18 (30%) participantes entre os 40 e 60 anos e 12 (20%) no intervalo de idades dos 61 e 80 anos (Gráfico 2). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as idades nos grupos controlo e experimental ($p>0,05$).

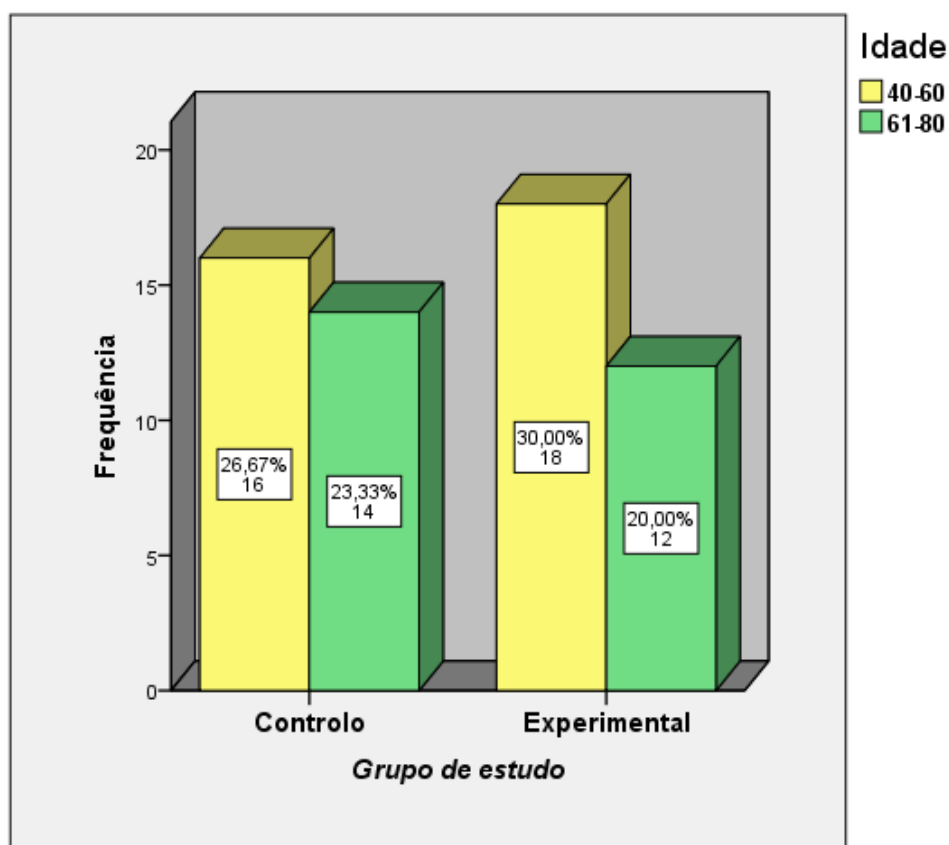


Gráfico 2 – Comparação da idade entre os pacientes: grupo de controlo vs. grupo experimental.

3.3 Comparação dos hábitos tabágicos entre os pacientes

Relativamente aos hábitos tabágicos apenas foi avaliado se o paciente era fumador ou não. No grupo controlo existiam 6 (10% da amostra total) indivíduos fumadores e 24 (40%) não fumadores. Já no grupo experimental 11 (18,33%) dos

participantes eram fumadores e 19 (31,67%) não fumavam (Gráfico 3). Os valores encontrados para os indivíduos fumadores e não fumadores entre os grupos controle e experimental não são estatisticamente significativos ($p>0,05$).

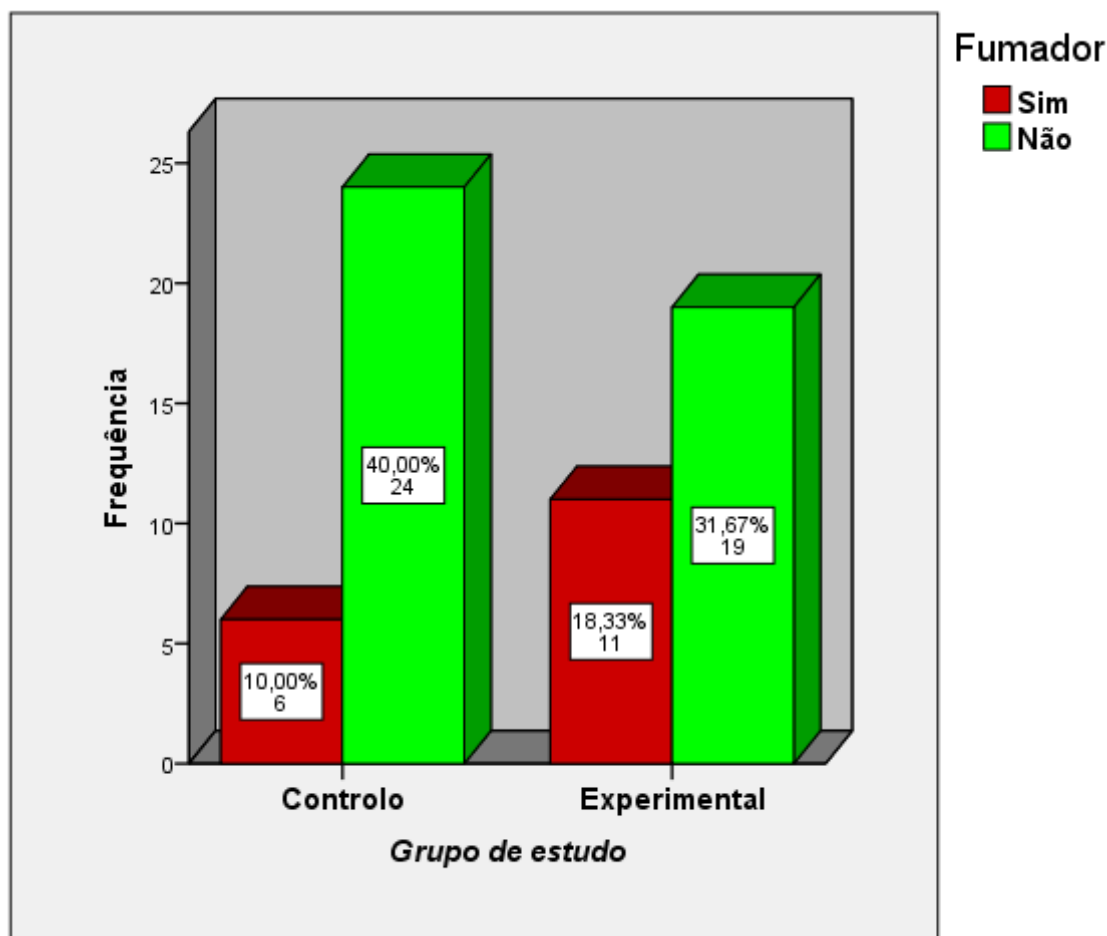


Gráfico 3 – Comparação dos hábitos tabágicos entre os pacientes: grupo de controle vs. grupo experimental.

3.4 Comparação da empregabilidade entre os pacientes

Os dados dos participantes foram agrupados em três categorias no que toca ao emprego: “empregado”, “desempregado” e “reformado”. Relativamente ao grupo de controle existiam 19 (31,67% da amostra total) indivíduos empregados, 2 (3,33%) desempregados e 9 (15%) reformados. Quanto ao grupo experimental, 22 (36,67%) dos participantes encontravam-se empregados, 2 (3,33%) estavam desempregados e 6 (10%) já eram reformados (Gráfico 4). Ao relacionar os dados de ambos os grupos não se encontraram resultados estatisticamente significativos ($p>0,05$).

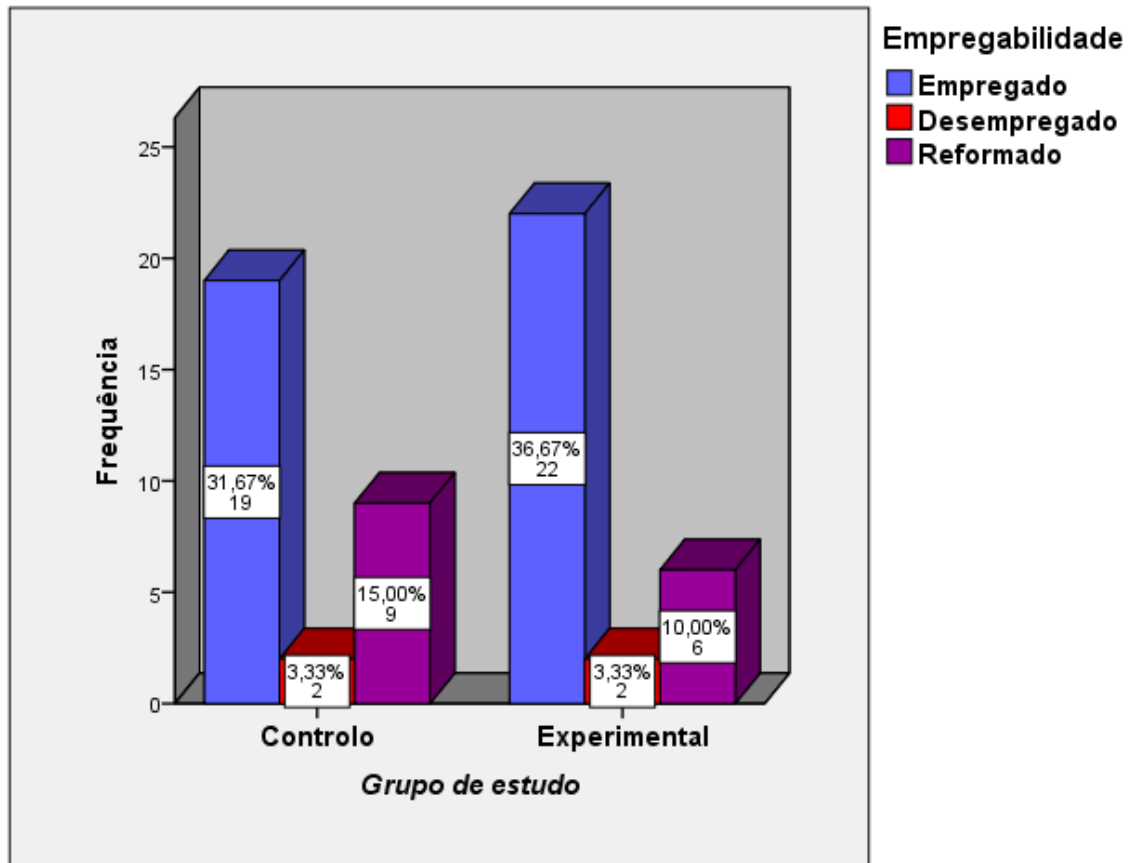


Gráfico 4 – Comparação da empregabilidade entre os pacientes: grupo de controlo vs. grupo experimental.

3.5 Comparação da saúde geral entre os pacientes

Devido à dificuldade de obter dados corretos relativos à presença de doenças gerais dos participantes, limitou-se a procura à presença da doença Diabetes Mellitus. Verificou-se que o grupo de controlo continha 5 (8,33% da amostra total) pacientes diabéticos e 25 (41,67%) não diabéticos. Já o grupo experimental era composto por 4 (6,67%) indivíduos diabéticos e 26 (43,33%) não diabéticos (Gráfico 5). A comparação entre os grupos para a presença ou ausência da doença não revelou resultados estatisticamente significativos ($p > 0,05$).

3.6 Comparação da severidade da doença entre os pacientes

Os 60 pacientes foram agrupados segundo a classificação de Armitage para a doença periodontal, nas categorias periodontite crónica ligeira, moderada ou severa. Nenhum paciente apresentava periodontite crónica ligeira. O grupo de controlo era

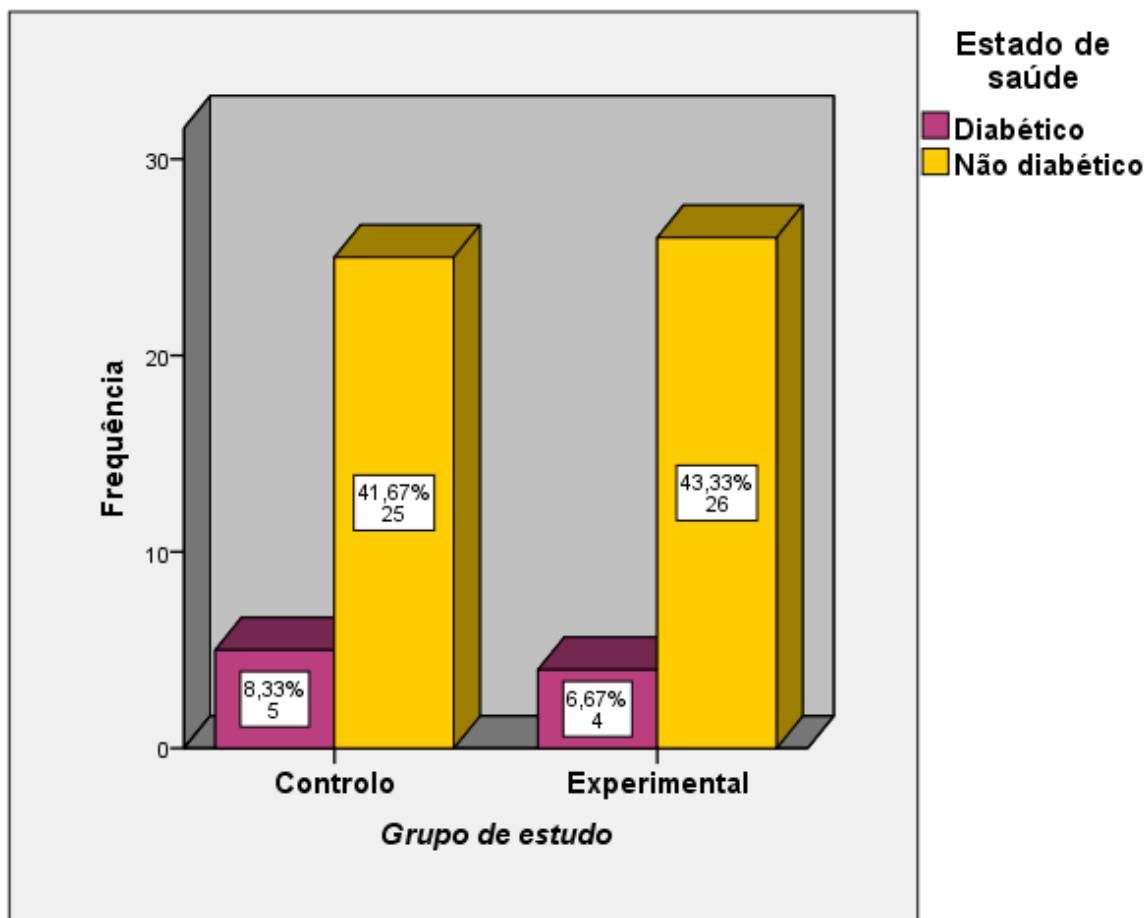


Gráfico 5 – Comparação da presença da doença Diabetes Mellitus entre os pacientes: grupo de controlo vs. grupo experimental.

constituído por 12 (20% da amostra total) pacientes com periodontite crónica moderada e 18 (30%) pacientes com periodontite crónica severa. Quanto ao grupo experimental, 9 (15%) indivíduos apresentavam periodontite crónica moderada e 21 (35%) periodontite crónica severa (Gráfico 6). Não foram obtidos resultados estatisticamente significativos ($p>0,05$) quando comparados os dados dos grupos controlo e experimental para a severidade da doença.

3.7 Comparação do motivo da consulta entre os pacientes

Para este parâmetro em estudo foram criadas duas categorias nas quais se incluíram os pacientes: “queixa principal periodontal” ou “paciente enviado de outra disciplina para a consulta de Periodontologia”. No grupo de controlo existiam 17 (28,33% da amostra total) pacientes com queixas principais periodontais e 13 (21,67%)

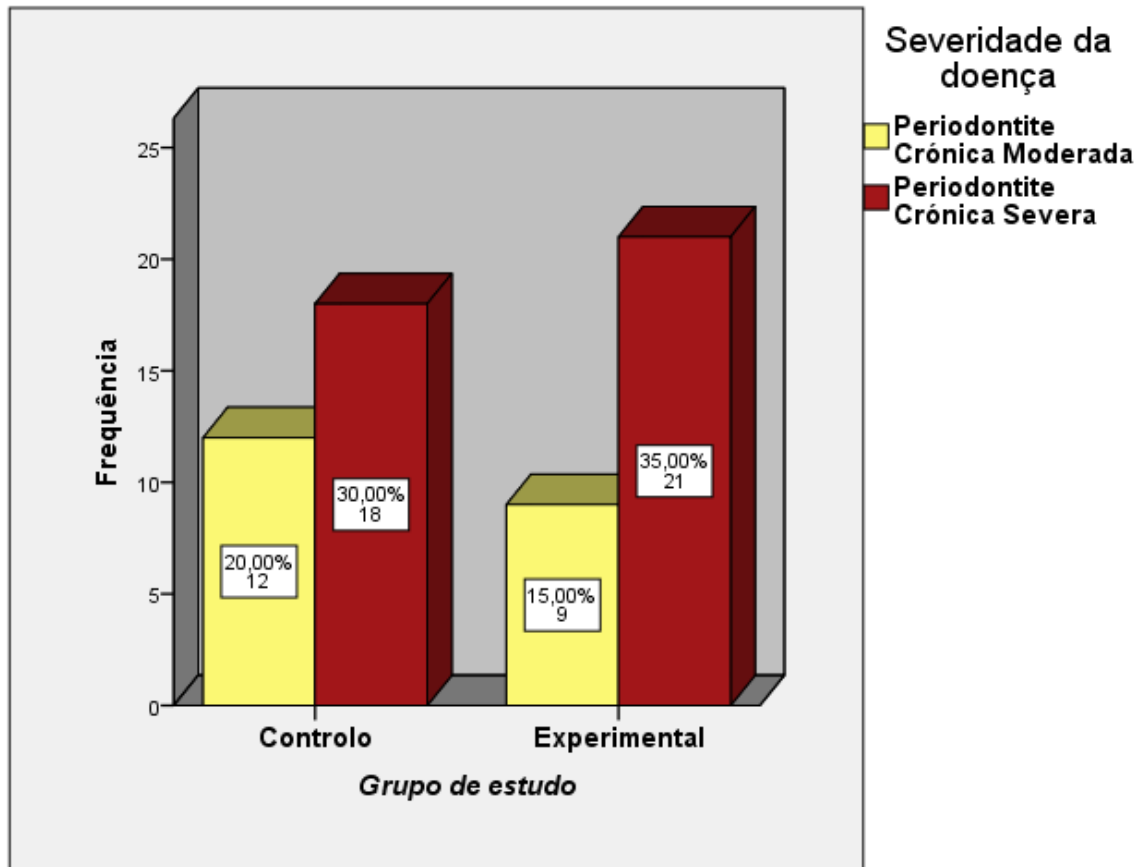


Gráfico 6 – Comparação da severidade da doença entre os pacientes: grupo de controlo vs. grupo experimental.

enviados de outras disciplinas. Já o grupo experimental era composto por 16 (26,67%) indivíduos com queixas principais periodontais e 14 (23,33%) enviados de outras disciplinas (Gráfico 7). A comparação entre os grupos para o motivo da consulta não revelou resultados estatisticamente significativos ($p>0,05$).

3.8 Resposta às hipóteses

H₁: O resultado obtido ($p<0,05$) confirma a H0. O género do paciente não influencia a *compliance* na TSP.

H₂: O resultado obtido ($p<0,05$) confirma a H0. A idade do paciente não influencia a *compliance* na TSP.

H₃: O resultado obtido ($p<0,05$) confirma a H0. Os hábitos tabágicos do paciente não influenciam a *compliance* na TSP.

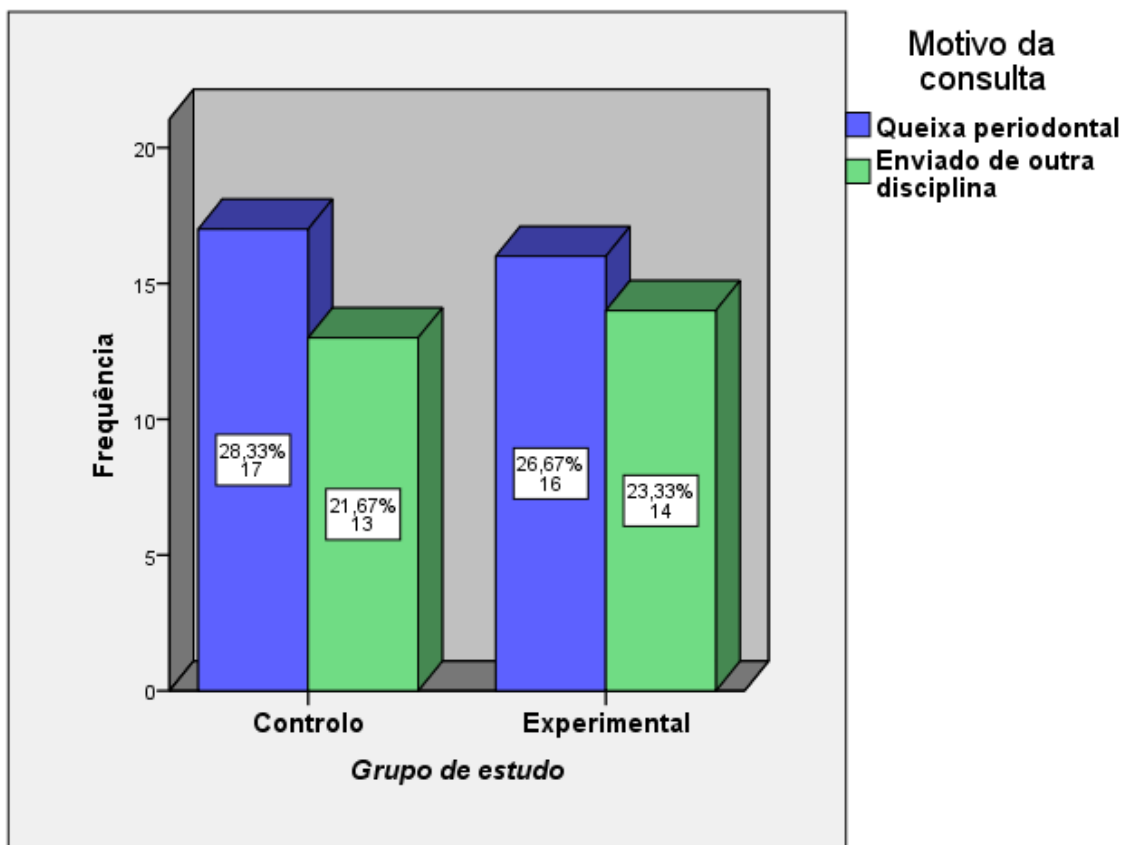


Gráfico 7 – Comparação do motivo da consulta entre os pacientes: grupo de controle vs. grupo experimental.

H₄: O resultado obtido ($p < 0,05$) confirma a H₀. A empregabilidade do paciente não influencia a *compliance* na TSP.

H₅: O resultado obtido ($p < 0,05$) confirma a H₀. A presença de Diabetes Mellitus não influencia a *compliance* na TSP.

H₆: O resultado obtido ($p < 0,05$) confirma a H₀. A severidade da doença periodontal do paciente não influencia a *compliance* na TSP.

H₇: O resultado obtido ($p < 0,05$) confirma a H₀. O motivo da primeira consulta não influencia a *compliance* na TSP.

4. Discussão

O objetivo deste estudo é a identificação de padrões ou características dos pacientes que indiquem falta de *compliance* com o tratamento periodontal. Se for possível identificar indivíduos como sendo de risco elevado para não cumprirem os programas periodontais, poderá ser necessário reforçar a motivação e instrução durante a fase ativa do tratamento e enfatizar a importância da TSP. De forma a atingir o objetivo foram comparados dados relativos aos pacientes que integravam o grupo de controlo, onde os indivíduos foram acompanhados durante pelo menos um ano após o término da fase higiénica do tratamento periodontal, e o grupo experimental, no qual os pacientes faltaram às consultas de manutenção após a fase higiénica.

Relativamente às características analisadas, verificou-se que não foi possível para nenhuma delas encontrar uma relação estatisticamente significativa com a *compliance* após a fase higiénica do tratamento periodontal. Este resultado deve-se principalmente ao facto da amostra ser pequena (60 pacientes) e ser muito difícil obter $p < 0,05$ para valores tão baixos. Assim sendo, apenas é possível notar tendências nos resultados encontrados e a extrapolação dos mesmos requer cuidado.

Quanto à primeira característica analisada, o género, os resultados obtidos neste estudo vão de encontro aos obtidos pelos autores Novaes A.B. Jr *et al* em 1996 e 1999, Fardal O. *et al*, 2003, Kakudate N. *et al*, 2010 e Delatola C. *et al*, 2014, os quais afirmam que ainda não foi possível verificar diferença estatisticamente significativa entre o sexo masculino e feminino relativamente à *compliance*. No presente estudo, e para uma amostra em que exatamente metade dos pacientes eram homens e a outra metade eram mulheres, verificou-se uma ligeira tendência para maior *compliance* por parte do sexo feminino. Efetivamente, estes resultados tinham anteriormente sido verificados por Novaes A.B. *et al*, 1996, Soolari A. *et al*, 2003, e Lorentz T. *et al*, 2009.

De igual forma, para a característica idade, vários autores, como Fardal O. *et al*, 2003 e Delatola C. *et al*, 2014, obtiveram resultados semelhantes aos do presente estudo. No entanto, existem outros (Novaes A.B. *et al*, 1996, Novaes A.B. Jr *et al*, 1999 e Kakudate N. *et al*, 2010) que referem que os jovens são piores *compliers* a longo prazo comparativamente com pacientes mais velhos. Essa tendência foi também observada neste estudo, isto é, no grupo dos pacientes que não vieram às consultas de manutenção existem mais indivíduos mais jovens. Contudo, no grupo dos indivíduos mais *compliers*, a maioria também é mais jovem. É de salientar que os participantes

neste estudo tinham uma média total de idades situada nos 58,3 anos e, atendendo a que o participante mais novo tinha 42 anos e o mais velho 80, a amostra apresenta mais indivíduos de idades inferiores, o que pode mascarar os resultados.

A característica seguinte avaliada foi os hábitos tabágicos e a sua influência na *compliance*, assunto que não é abordado de forma tão vigorosa na literatura. Não obstante, Delatola C. *et al*, 2014 verificou o tabagismo como preditor negativo para a *compliance* a longo prazo. No presente estudo, embora não tenha sido encontrada uma diferença estatisticamente significativa, verificou-se que no grupo da *compliance* a maioria dos pacientes eram não fumadores e que no grupo experimental existiam mais fumadores comparado com o grupo de controlo.

Durante a revisão da literatura efetuada não foi encontrada nenhuma referência a resultados para comparações entre *compliance* e empregabilidade dos pacientes periodontais. Este estudo não encontrou diferença estatisticamente significativa entre a *compliance* e os pacientes empregados, desempregados ou reformados. Empiricamente poder-se-ia assumir que os pacientes com pior *compliance* seriam maioritariamente desempregados por questões económicas, mas foi verificado o contrário neste estudo. De forma inversa, é possível teorizar que os pacientes empregados encontram-se mais ocupados e pode ser-lhes mais difícil deslocar-se e frequentar consultas médico-dentárias. São necessários estudos aleatorizados e controlados, com amostras de tamanho significativo, para se poder retirar conclusões relativamente à influência desta característica na *compliance*.

Inicialmente a característica “doenças” tinha como objetivo no estudo englobar várias doenças gerais que pudessem de algum modo influenciar a *compliance*. Todavia, por dificuldades ao nível da recolha de dados corretamente preenchidos, foi necessário restringir à doença Diabetes Mellitus. A distribuição dos pacientes pelos grupos experimental e de controlo é muito semelhante, com apenas menos um diabético no grupo dos não *compliers*. Desta forma, não é possível retirar conclusões deste estudo no que concerne a esta característica, apenas se poderá especular que a presença da diabetes não influencia a *compliance*. Na pesquisa da literatura efetuada não se encontraram estudos que avaliassem a influência da diabetes na *compliance* em Periodontologia.

Já a severidade da doença é um parâmetro moderadamente estudado. Foi verificado por autores como Novaes A.B. Jr *et al*, 1996 e Delatola C. *et al*, 2014 uma associação positiva estatisticamente significativa entre a severidade da doença e a

compliance. Novaes A.B. Jr *et al*, 1996 verificaram que no grupo dos pacientes que voltaram para as consultas de TSP, a maioria apresentava doença periodontal avançada e no grupo dos que não voltaram às consultas, a maior percentagem encontrava-se num estágio inicial da doença. Soolari A. *et al*, 2003 concluíram que o desempenho em termos de *compliance* piorava quando a severidade da doença diminuía. Fardal O. *et al*, 2003 contrariaram estes resultados, onde o grupo de *compliers* foi diagnosticado com periodontite menos severa do que o grupo de não *compliers*. No presente estudo, o grupo de controlo, ou seja, o dos pacientes *compliers*, apresentou menor severidade da doença periodontal comparado com o grupo experimental, embora a diferença seja mínima e estatisticamente não significativa.

O facto de os pacientes com doença mais avançada apresentarem melhor *compliance* pode sugerir que o medo de consequências orais graves da periodontite, em último caso, a perda de dentes, atua como um fator motivador de ida às consultas e continuação do tratamento. No estudo de Fardal O. *et al*, 2003, os pacientes que não seguiam o programa de TSP ou falhavam alguma consulta eram automaticamente incluídos no grupo de não *compliers* e os autores referem que destes, uma pequena percentagem voltou à clínica pedindo para reintegrar um programa de tratamento periodontal, influenciados pelo seu médico dentista generalista. Esta observação remete-nos para a última característica estudada: o motivo da consulta.

O motivo da consulta refere-se à queixa principal que motivou a procura de um profissional de saúde oral, a qual pode ser periodontal ou de outro foro médico-dentário. Esta situação remete-nos para a presença de pacientes em programas de tratamento periodontal por referência do seu médico dentista generalista e não por vontade própria e primordial do paciente. Neste estudo, não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre este parâmetro e a *compliance*, sendo a distribuição dos participantes de ambos os grupos muito semelhante. Resultados idênticos foram descritos no estudo de Delatola C. *et al*, 2014. Contudo, alguns autores mostram-nos resultados contrários aos anteriores. Yeh H.C. *et al*, 2011 verificaram que os pacientes com uma queixa principal periodontal aguda estavam 60% mais motivados para iniciar o tratamento periodontal do que pacientes com queixas crónicas. No entanto, também apresentavam 60% menos probabilidade de completar a terapia periodontal.

É de salientar que o facto de o estudo ter sido realizado com base nos dados de pacientes que foram atendidos na FMDUL pelo ensino pré-graduado pode influenciar de alguma forma os resultados obtidos. Isto acontece porque os pacientes, regra geral,

não frequentam uma consulta de rastreio antes de serem distribuídos pelas várias unidades curriculares clínicas, e sucede que muitos necessitam de tratamentos que só são iniciados nessas unidades após a terapia periodontal e, portanto, mesmo que contrariados acabam por iniciar os tratamentos, o que não significa que os concluem ou frequentem uma TSP. Por outro lado, devido a filas de espera para marcação de consultas, férias escolares e dificuldade de conciliar os horários das consultas na FMDUL com o emprego (ou outro), vários pacientes desistem ou ficam perdidos no sistema.

Este estudo utilizou somente dados de pacientes tratados através de terapia periodontal não-cirúrgica, pelo que não foi possível identificar a influência da terapia cirúrgica na *compliance*. Alguns estudos na literatura (Novaes A.B. Jr *et al*, 1996, Novaes A.B. *et al*, 1996 e Soolari A. *et al*, 2003) referem que esta é maior nos pacientes sujeitos a terapia periodontal cirúrgica. De futuro devem ser realizados outros estudos onde se incluam dados cirúrgicos e nos quais se possa avaliar esta relação.

A condição socioeconómica dos participantes não foi avaliada neste estudo e consiste noutro fator a ter em conta para o estudo dos padrões da *compliance*. Contudo, sabemos que a FMDUL é uma instituição que atente pessoas de todos os níveis socioeconómicos, o que pode mascarar os resultados. De igual forma, não deve ser esquecido que questões culturais e geográficas no que toca à visão da saúde oral por parte das populações podem modelar a manutenção dos pacientes nos programas de TSP.

5. Conclusões

A terapia periodontal apresenta contornos singulares no que toca à necessidade de atenção, participação e dedicação da parte do doente. Uma vez terminada a fase ativa do tratamento periodontal, a responsabilidade de manutenção é bilateral: o clínico deve estabelecer um protocolo adequado de consultas de controlo e assegurar que o paciente é chamado; por seu lado, espera-se do paciente que cumpra as indicações dadas relativas ao controlo de placa bacteriana e que compareça às referidas consultas. A verdade é que a percentagem real de pacientes que volta e que se mantém na TSP de forma exemplar varia muito de estudo para estudo e é mais baixa do que o desejado por qualquer médico.

Na tentativa de identificar as características ou padrões que indiquem a falta de *compliance* com o tratamento periodontal, o presente estudo avaliou a influência do género, idade, hábitos tabágicos, empregabilidade, Diabetes Mellitus, severidade da doença periodontal e motivo da consulta. Para a amostra estudada, não existiu relação estatisticamente significativa entre nenhuma das características e a *compliance*.

Contudo, algumas tendências foram verificadas: o género feminino apresentou-se ligeiramente mais *complier*; os pacientes pertencentes ao grupo dos *compliers* tinham menor severidade da doença periodontal; no grupo dos não *compliers* a maioria era jovem e havia maior número de fumadores comparativamente ao outro grupo. A empregabilidade, a presença de Diabetes Mellitus e o motivo da consulta não mostraram qualquer tendência digna de referência.

São então necessários mais estudos aleatorizados controlados, com amostras suficientemente grandes para se poderem retirar conclusões e extrapolar resultados para a prática clínica. Desta forma poderá ser possível identificar-se os pacientes de risco elevado e apostar num reforço de educação e motivação, alertando para a importância da manutenção no programa de tratamento periodontal, a fim de alcançar resultados positivos, diminuindo os custos.

6. Referências Bibliográficas

Borkowska E.D, Watts T.L.P, Weinman J. “The relationship of health beliefs and psychological mood to patient adherence to oral hygiene behaviour.” *J Clin Periodontol*, 1998; 25: 187-193.

Brand V.S., Bray K.K., MacNeill S., Catley D., Williams K. “Impact of single-session motivational interviewing on clinical outcomes following periodontal maintenance therapy.” *Int J Dent Hygiene*, 2012; 11:134-141.

Costa F., Cota L., Lages E., Câmara G., Cortelli S., Cortelli J., Costa J., Lorentz T. “Oral impact on daily performance, personality traits, and compliance in periodontal maintenance therapy.” *J Periodontol*, 2011; 82: 1146-1154.

Delatola C., Adonogianaki E., Ioannidou E. “Non-surgical and supportive periodontal therapy: predictors of compliance.” *J Clin Periodontol*, 2014; 41(8): 791-796.

Fardal O., Johannessen AC., Linden GJ. “Compliance in a Norwegian Periodontal Practice.” *Oral Health Prev Dent*, 2003; 1: 93-98.

Gao X., Lo E.C.M., Kot S.C.C., Chan K.C.W. “Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials.” *J Periodontol*, 2014; 85:426-437.

Godard A., Dufour T., Jeanne S. “Application of self-regulation theory and motivational interview for improving oral hygiene: a randomized controlled trial.” *J Clin Periodontol*, 2011; 38:1099-1105.

Jonsson B., Lindberg P., Oscarson N., Ohrn K. “Improved compliance and self-care in patients with periodontitis - a randomized control trial.” *Int J Dent Hygiene*, 2006; 4:77-83.

Kakudate N, Morita M, Yamazaki S, Fukuhara S, Sugai M, Nagayama M, Kawanami M, Chiba I. “Association between self-efficacy and loss to follow-up in long-term periodontal treatment.” *J Clin Periodontol*, 2010; 37: 276–282.

Lindhe J., Lang N.P., Karring T. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry 5th edition*. Blackwell Munksgaard, 2008.

Lorentz T., Cota L., Cortelli J., Vargas A., Costa F. “Prospective study of complier individuals under periodontal maintenance therapy: analysis of clinical periodontal parameters, risk predictors and the progression of periodontitis.” *J Clin Periodontol*, 2009; 36: 58-67.

Novaes A.B. Jr, Novaes A.B. “Compliance with supportive periodontal therapy. Part 1. Risk of non-compliance in the first 5-year period.” *J Periodontol*, 1999: 70:679-682.

Novaes A.B. Jr, Lima F.R., Novaes A.B. “Compliance with supportive periodontal therapy and its relation to the bleeding index.” *J Periodontol*, 1996: 67:976-980.

Novaes A.B., Novaes A.B Jr., Moraes N., Campos G.M., Grisi M.F.M. “Compliance with supportive periodontal therapy.” *J Periodontol*, 1996: 67:213-216.

Ojima M., Kanagawa H., Nishida N., Nagata H., Hanioka T., Shizukuishi S. “Relationship between attitudes toward oral health at initial office visit and compliance with supportive periodontal treatment.” *J Clin Periodontol*, 2005: 32:364-368.

Oruba Z., Pac A., Olszewska-Czyz I., Chomyszyn-Gajewska M. “The significance of motivation in periodontal treatment: The influence of adult patients' motivation on the clinical periodontal status.” *Community Dental Health*, 2014: 31: 183-187.

Pac A., Oruba Z., Olszewska-Czyz I., Chomyszyn-Gajewska M. “The significance of motivation in periodontal treatment: Validity and reliability of the motivation assessment scale among patients undergoing periodontal treatment.” *Community Dental Health*, 2013: 31:53-56.

Renz A., Ide M., Newton T., Robinson P., Smith D. “Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases.” *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008.

Soolari A., Rokn A. “Adherence to periodontal maintenance in Tehran, Iran. A 7-year retrospective study.” *Quintessence International*, 2003: 34: 215-219.

Stenman J., Lundgren J., Wennstrom J.L., Ericsson J.S., Abrahamsson K.H. “A single session of motivational interviewing as an additive means to improve adherence in periodontal infection control: a randomised controlled trial.” *J Clin Periodontol* , 2012: 39:947-954.

Tan, A.E.S. “Periodontal maintenance.” *Australian Dental Journal*, 2009: 54:110-117.

Umaki T.M., Umaki M.R., Cobb C.M. “The psychology of patient compliance: a focused review of the literature.” *J Periodontol*, 2012: 83:395-400.

Weinstein R., Tosolin F., Ghilardi L., Zanardelli E. “Psychological intervention in patients with poor compliance.” *J Clin Periodontol*, 1996: 23: 283-288.

Wilson, T.G. "Compliance and its role in periodontal therapy." *Periodontology* 2000 12 1996 (1996): 12:16-23.

Wilson, T.G. "How patient compliance to suggested oral hygiene and maintenance affect periodontal therapy." *Dent Clin North Am.*, 1998: 389-403.

Yeh H.C., Lai H. "Association between patients' chief complaints and their compliance with periodontal therapy." *J Clin Periodontol*, 2011: 38: 449-456.

7. Anexos

7.1 Anexo 1 – Informações adicionais

O **Índice Percentual de Placa, ou IPP**, é geralmente expresso em % e corresponde ao número de superfícies com placa bacteriana a dividir pelo número total de superfícies dentárias presentes na boca do paciente. O número de superfícies presentes obtém-se multiplicando o número de dentes em boca por 4 superfícies (vestibular, lingual ou palatina, mesial e distal). Este índice avalia a presença ou ausência de placa bacteriana no sulco periodontal. A sua medição pode ser realizada de duas formas: 1) introduzindo uma sonda periodontal 1mm no sulco, nas 4 superfícies do dente, ou 2) através de um revelador de placa bacteriana como a eritrosina.

A **Profundidade de Sondagem** mede a distância desde a margem gengival até ao fundo do sulco periodontal, com auxílio de uma sonda periodontal. A medição é feita dente a dente e superfície a superfície, com 6 superfícies por dente (3 locais por vestibular e 3 por lingual/palatino).

O **Índice Percentual de Hemorragia, ou IPH**, pode ser obtido através do Índice Gengival, que reflete a inflamação superficial e é obtido em simultâneo com o IPP ao verificar-se se existe hemorragia após a remoção da sonda periodontal do sulco; ou através da Hemorragia à sondagem, observando-se a presença ou ausência de hemorragia após se efetuar a sondagem de toda a extensão do sulco, indicando inflamação em profundidade. Neste último caso, o registo segue o esquema da profundidade de sondagem, com 6 localizações por dente (Lindhe J. *et al*, 2008).

7.2 Anexo 2 – Entrevista Motivacional

Segue-se um exemplo de uma Entrevista Motivacional sob a forma de um diálogo, motivando para a higiene oral, entre um Periodontologista (Dr) e um paciente (P) diagnosticado com periodontite crónica, no início da terapia periodontal, proposta por Lindhe J. et al, 2008:

Dr – Importa-se que falemos sobre métodos para melhorar a sua higiene oral durante e após o seu tratamento periodontal?

P – Não, não me importo.

Dr – Ainda bem. Conte-me como costuma higienizar os seus dentes.

P – Normalmente lavo os dentes 1 ou 2 vezes por dia.

Dr – Então costuma fazê-lo regularmente. O que utiliza quando lava os dentes?

P – Uma escova e uma pasta.

Dr – Muito bem. Pode mostrar-me como usa a escova?

P – Lavo os dentes de cima e de baixo pelo lado de fora e de dentro, como me mostraram há muito tempo.

Dr – E como se sente ao lavar os dentes dessa forma?

P – Geralmente sinto-me bem. Mas agora que me foi dito que tenho um problema nas gengivas, questiono-me se tenho escovado o suficiente.

Dr – Então tem feito um esforço para manter os seus dentes limpos, mas está preocupado se tem feito o suficiente. Pode ser difícil chegar a todas as áreas dos dentes e gengiva para remover a placa bacteriana que causa a doença periodontal. Tenho alguma informação sobre a prevenção da doença que pode interessá-lo. Gostaria de ouvir falar nisso?

P – Sim.

Dr – A doença periodontal crónica que lhe foi diagnosticada é causada por placa bacteriana que se adere aos seus dentes ao longo do tempo. Ela tem de ser totalmente removida de todas as superfícies dentárias diariamente, de forma a prevenir e controlar a doença. Quão confiante está de que limpa todas as superfícies diariamente?

P – Não muito, mas achava que estava a fazer o suficiente.

Dr – Na verdade, as pesquisas indicam que usar apenas uma escova de dentes não é suficiente para limpar entre os dentes. Para limpar estas zonas, é necessário um dispositivo interdentário, como fio dentário, palito dentário ou escovilhão interdentário. Usa algum destes?

P – Sim, já tentei utilizar fio dentário.

Dr – O que achou do uso do fio?

P – Tive alguma dificuldade em chegar a alguns espaços entre os meus dentes. Noutras zonas o fio costumava rasgar, então desisti.

Dr – Tenho pena de ouvir que teve dificuldade. O fio pode rasgar nas margens de restaurações ou coroas. Nos espaços com extenso cálculo formado, pode não haver espaço sequer. Usa alguma outra coisa?

P – Sim, uso um palito dentário sempre que tenho algum alimento entre os dentes.

Dr – Então para além da escovagem regular, por vezes usa um palito dentário para limpar os dentes?

P – Está correto.

Dr – Muito bem. Durante o tratamento periodontal, restaurações e coroas com margens rugosas vão ser corrigidas e o tártaro é removido, o que deve facilitar o uso do fio ou palito dentários entre os seus dentes. Pensando numa escala de 0 a 10, onde 0 significa “nada importante” e 10 “extremamente importante”, quão importante é para si usar o fio ou palito dentários para higienizar os espaços entre os dentes?

P – Provavelmente um 7.

Dr – Parece bastante importante. O que faz com que seja tão importante para si?

P – Quero fazer tudo o que for necessário para manter os meus dentes. No entanto, não tenho a certeza que consiga continuar a fazê-lo ao longo do tempo.

Dr – Então neste momento está bastante motivado pois quer manter os seus dentes, mas está preocupado a longo prazo. Usando a mesma escala para quantificar quão confiante está de que consegue manter a rotina de higiene oral a longo prazo, que número escolheria?

P – O 6.

Dr – Parece confiante. O que o faz estar sentir essa confiança?

P – Bem, tratar dos meus dentes e gengiva já faz parte da minha rotina, só teria de adicionar este passo. No entanto, é necessário esforço extra, portanto é só uma questão de me mentalizar que é mesmo importante para a minha gengiva.

Dr – Então o facto de poder fazer parte da rotina vai ajudar. Se calhar eu poderei ajudá-lo a manter-se motivado com o tempo, mostrando-lhe nas suas consultas de reavaliação os benefícios que está a alcançar com o tratamento regular. Como acha que isto pode ajudar a manter-se na rotina com o tempo?

P – Bem, sim, acho que isso provavelmente vai ajudar bastante a perceber que está a fazer diferença no sucesso do meu tratamento.

Dr – Espectacular! Deixe-me então sumarizar o que discutimos. Você pretende continuar a escovagem regular com escova e pasta de dentes e vai começar a utilizar um dispositivo para limpeza interproximal depois de resolvida a questão das margens rugosas. Depois disso, cada vez que me visitar, veremos como está a evoluir com a higienização em casa e veremos se será necessário encontrar outras soluções. Parece-lhe que vai funcionar para si?

P – Sim, parece que vai funcionar.

7.3 Abreviaturas

EM – Entrevista Motivacional

FMDUL – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

IPH – Índice Percentual de Hemorragia

IPP – Índice Percentual de Placa

TSP – Terapia de Suporte Periodontal